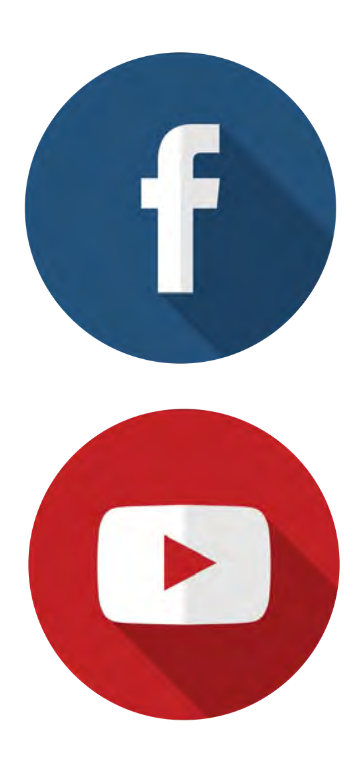
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







CAT DEVANT UNE CRISE D'ASTHME

Dr.ABLA

Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

d

- Une crise ou exacerbation de l'asthme est une aggravation aiguë ou subaiguë des symptômes et une détérioration de la fonction respiratoire par rapport à l'état habituel du patient ; il peut arriver qu'elle soit la manifestation inaugurale de l'asthme.

- Mademoiselle G., 24 ans, est amenée aux urgences, pour des symptômes d’asthme qui ne cèdent pas au traitement habituel.
- Elle est asthmatique depuis l’enfance, traitée par salbutamol en aérosol doseur a la demande, et prend de temps en temps du budesonide 200 ƒÊg lorsqu'’elle se sent gênée.
- Une sensibilisation aux acariens et phanères de chat a été documenté.
- Elle a déjà été hospitalisée il y a un an pour asthme aigu grave.
- Elle fume depuis 8 mois, 5 a 10 cigarettes par jour.
- La patiente vous dit que depuis quelques semaines elle prenait du salbutamol plusieurs fois par jour, qu’elle était réveillée plusieurs fois par semaine et qu'elle avait du mal a monter les escaliers.
- Au cours de la dernière semaine elle avait des symptomes de plus en plus fréquents. Elle tousse et crache un peu depuis 48 heures.

A l'entre, la patiente:

- répond aux questions en reprenant sa respiration a chaque phrase.
- Sa fréquence respiratoire est a 22/min et la fréquence cardiaque a 105/min.
- L'auscultation révèle des râles sibilants diffus.
- Le débit expiratoire de pointe est a 270 L/min (63 % de la théorique). La SpO_2 est a 91%.

Quel est votre diagnostic à l’admission aux urgences , argumentez ?

- Exacerbation d'asthme de sévérité « modérée »
- Facteurs de gravités : amenée aux urgences, polypnée, tachycardie, troubles de la parole
- - Mais pas extrême gravité : car peut prononcer des phrases, DEP > 60 %, SpO2 > 90%
- .. Facteurs favorisants : mauvaise observance, tabac, virose ?

PARAMETRES	LEGERE	MODEREE	SEVERE	TRES SEVERE
Difficultés respiratoires	En marchant peut s'allonger	En parlant préfère être assis	Au repos est penché en avant	
expression orale vigilance	Conversation peut être agitée	Phrases généralement agité	Mots généralement agité	Somnolent ou confus
Fréquence respiratoire	Augmentée (inférieur à 25Mvt/mn)	Augmentée (entre 25 et 30Mvt/mn)	Souvent supérieure 30Mvt/min	Diminué
Contraction muscles accessoires et tirage sus sternal	non	oui habituellement	Oui habituellement	Mouvements thoraco-abdominaux paradoxaux
Sibilants	Modérés en fin d'expiration	bruyants	bruyants	absence de sibilants
pulsation/minute	< 100	100 à 120	> 120	bradycardie
DEP	Sup. à 80%	60 à 80%	< 60%	Impossible à mesurer
PaO_2 et/ou $PaCO_2$	Normal < 45mmHg	> 60mmHg < 45mmHg	< 60 mm Hg > 45mm Hg	< 60mm Hg > 45mm Hg
SaO_2	>95%	91 à 95 %	<90%	<90%

Chaque niveau de gravité est défini par l'apparition de l'un des signes qui le caractérise.

Comment qualifieriez vous le contrôle de l'asthme de Mademoiselle G … au cours des semaines qui précèdent son admission aux urgences ?

.. Asthme non contrôlé car présence de plus de deux caractéristiques de « non contrôle » de l'asthme :

- >2 épisodes de symptômes diurnes / semaine
- présence d'une limitation des activités
- présence de symptômes nocturnes
- nécessité d'un recours à traitement de secours (ß2 agonistes) >2 fois / semaine

	Contrôlé (tout les caractéristiques sont présents)	Partiellement contrôlé (1 ou 2 caractéristiques) Non contrôlé (3carct)
Symptômes diurnes	Max 2fois/semaine	> 2fois/semaine
Limitation des activités	Pas	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Pas	Tout symptôme
Besoin en bronchodilatateurs	Max 2fois/semaine	Plus de 2fois/semaine
DEP	normale	< 80%
Exacerbations	Pas	Une ou plusieurs par an (partiellement contrôlé) Une/semaine (non contrôlé)

Mademoiselle G … fait-elle partie des patients à haut risque de décès par asthme, argumentez ?

.. Oui car Mademoiselle G ..

- a un ATCD d'hospitalisation en urgence pour asthme durant l'année passée ;
- n'a pas véritablement de traitement de fond par glucocorticostéroïdes inhalés ;
- a un recours quotidien fréquent aux agonistes ß2 d'action rapide inhalés
- et elle fume

Quel traitement proposez vous aux urgences ?

- ß2 agonistes inhalés d'action rapide (terbutaline ou salbutamol) à dose adéquate, administrés par nébulisations répétées
- Glucocorticostéroïdes oraux (0,5 à 1 mg/kg d'équivalent prednisone / 24h)
- Oxygène (le but est d'atteindre une SpO_2 = 95%).

Quels sont les éléments de la surveillance de cette patiente aux urgences ?

.. Ils sont avant tout cliniques, et associent l'évaluation des symptômes

- mise en jeu des muscles respiratoires accessoires
- fréqu. respiratoire
- fréqu. cardiaque
- auscultation
- élocution (capable de prononcer des phrases, des morceaux de phrases, des mots)
- cyanose

.. la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP)

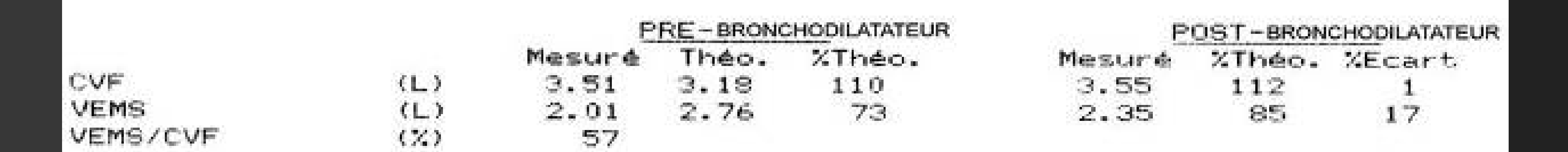
- DEP théorique « moyen » (H 500-600 L/min ; F 400-500 L/min)

.. le monitorage de la SpO2

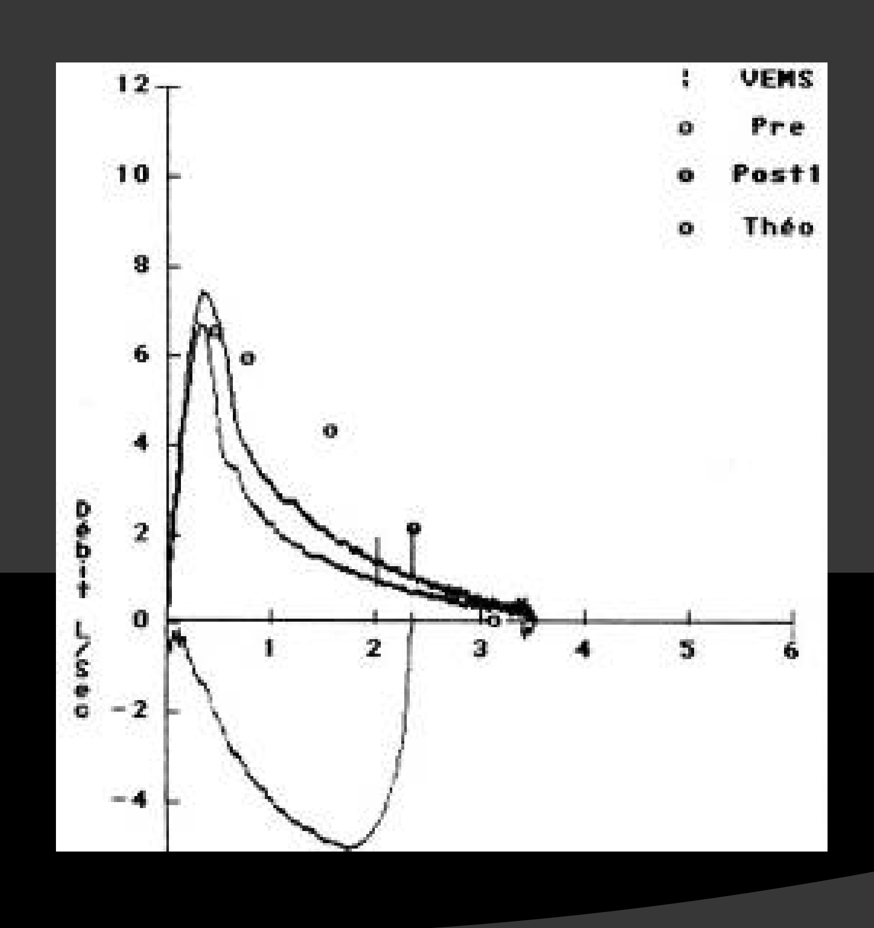
- gaz du sang uniquement chez patients en hypoventilation/épuisés/détresse sévère/DEP< 30-50% prédit

Elle est revue six jours plus tard en consultation, elle vous dit aller beaucoup mieux et ne se plaint plus que d'une toux sèche peu invalidante. Son examen clinique est normal. La courbe débit volume est la suivante, interprétez ?

..



		PRE-BRONCHODILATATEUR			POST-BRONCHODILATATEUR		
		Mesuré	Théo.	%Théo.	Mesuré	%Théo.	%Ecart
CVF	(L)	3.51	3.18	110	3.55	112	1
VEMS	(L)	2.01	2.76	73	2.35	85	17
VEMS/CVF	(%)	57					



Trouble ventilatoire

- obstructif (VEMS/CV < 70% ; courbe concave typique d'un trouble obstructif).
- modéré (VEMS > 50%),
- réversible sous bronchodilatateur (gain de VEMS de plus de 12% de la valeur initiale et de plus de 200 ml)

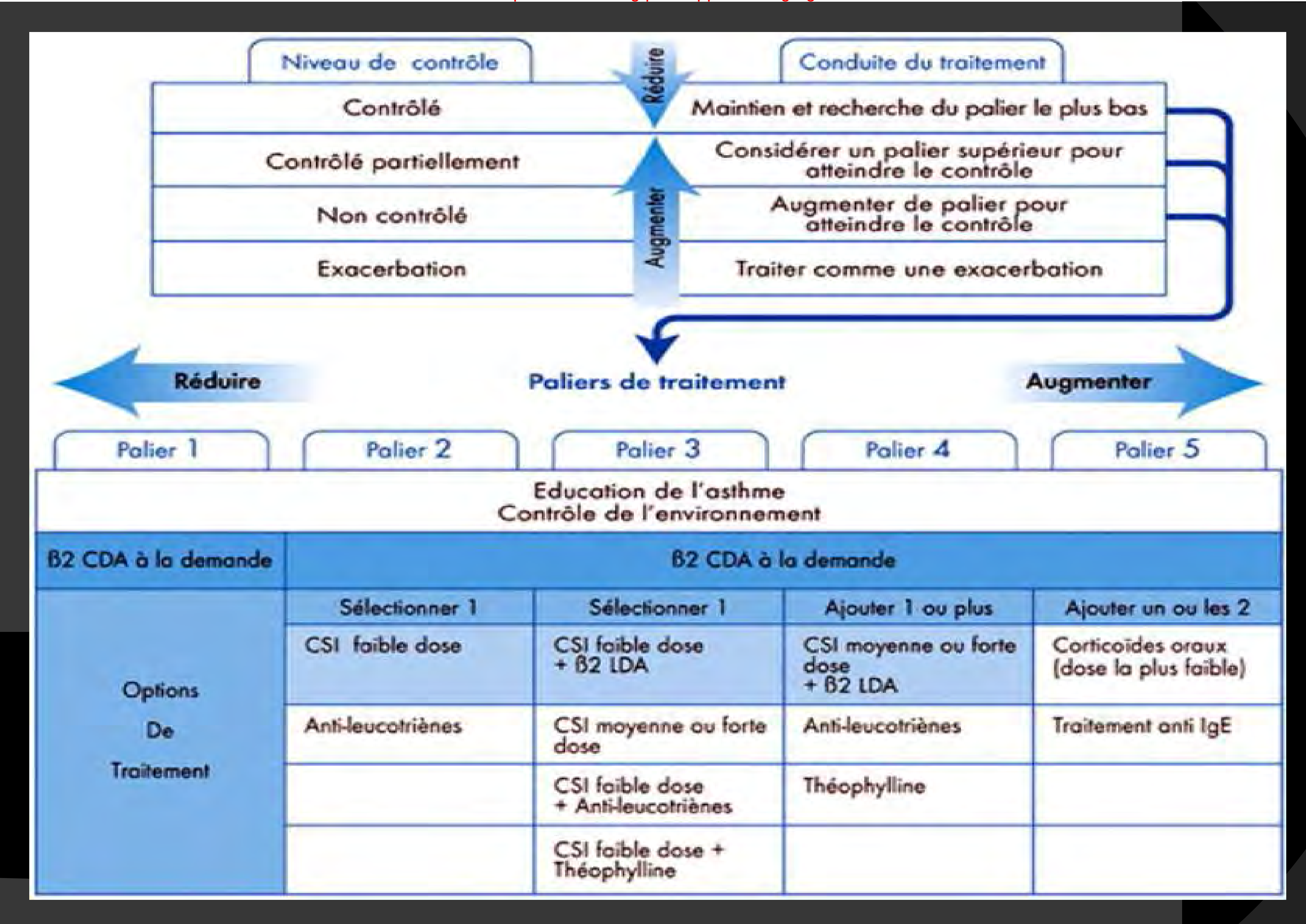
Quel traitement lui proposez-vous pour les six mois à venir ?

- Arrêt du tabac (travail sur la motivation), car induit une cortico-résistance de l'asthme
- Prescription d'un corticoïde inhalé à faible dose associé à un ß2-agonistes longue durée d'action = choix préférentiel. A prescrire matin et soir.

  - **alternatives** :

    1. corticoïde inhalé à moyenne ou forte dose seul
    2. ou corticoïde inhalé à faible dose associé à un inhibiteur des leucotriènes.

- Prescription d'un ß2-agoniste d'action rapide en cas de gène respiratoire
- Éducation thérapeutique :
  - apprentissage de l'utilisation de différents systèmes d'inhalation
  - information concernant l'éviction allergénique


Niveau de contrôle
Conduite du traitement
Réduire
Contrôlé
Maintien et recherche du palier le plus bas
Contrôlé partiellement
Considérer un palier supérieur pour atteindre le contrôle
Non contrôlé
Augmenter de palier pour atteindre le contrôle
Exacerbation
Traiter comme une exacerbation
Augmenter
Réduire
Paliers de traitement
Augmenter
Palier 1
Palier 2
Palier 3
Palier 4
Palier 5
Education de l'asthme
Contrôle de l'environnement
ß2 CDA à la demande
ß2 CDA à la demande
Options De Traitement
Sélectionner 1
Sélectionner 1
Ajouter 1 ou plus
Ajouter un ou les 2
CSI faible dose
CSI faible dose + ß2 LDA
CSI moyenne ou forte dose + ß2 LDA
Corticoïdes oraux (dose la plus faible)
Anti-leucotriènes
CSI moyenne ou forte dose
Anti-leucotriènes
Traitement anti IgE
CSI faible dose + Anti-leucotriènes
Théophylline
CSI faible dose + Théophylline